

**Aplicación Para La Escala De Descuento  
United Community Health Center**

Aplicación introducida por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Persona económicamente responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt/Lote # \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Usted o algún miembro de familia han aplicado para el Medical (título XIX) Si  No  Cuando \_\_\_\_\_  
Quién \_\_\_\_\_

Por favor liste a todos los miembros de su hogar, incluyéndose a usted:

Miembros de familia	NOMBRE completo	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social	Relación	Solo uso de oficina- PT#	

  

Ingresos	Recibir Ingresos de	Para USTED	Para su ESPOSO/A	Para sus niños	Para Otros
	Empleo, Salarios en efectivo, y propinas				
	Seguro social, SSI-Seguridad de ingreso suplementario, FIP-Programa de inversión familiar				
	Pensión compensatoria o beneficios veteranos				
	Manutención para niños y pensión				
	Empleo por cuenta propia, beneficios de desempleo, y otro				

**EN LA SECCIÓN DE INGRESOS, INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBEN INGRESOS- SEMANAL, QUINCENAL, DOS VECES AL MES, MENSUAL O ANUAL**

**Se le requiere proporcionar pruebas de ingresos mencionados anteriormente, a fin de completar su solicitud. Cualquier prueba de ingresos que falte, resultará en la denegación de la solicitud después de 30 días, (desde la fecha de solicitud), sin notificación y necesitará que completar una nueva escala. Las siguientes formas son aceptadas como comprobante de ingresos:**

- \* Formulario actual de impuestos federales (1040- 1040EZ)
- \* Estado de cuenta actual mostrando el depósito del Seguro Social, SSI- Seguridad de ingreso suplementario, FIP- Programa de inversión familiar, Manutención para niños, pagos de Pensión compensatoria, y beneficios de Veteranos o una copia de la oficina del SSI/plan de pensión.
- \* Talones de cheque mostrando un mes consecutivo de ingresos- ejemplo: Si le pagan por semana, necesitamos 4 talones de cheque recientes.
- \* Un estado del empleador que debe de incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono, y firma del empleador.
- \* Forma del Guardian

**Yo certifico que el estado financiero de mi hogar es como se indica arriba. Yo entiendo que sera economicamente responsable por todos listados en la escala y tendria que informar UCHC de cualquier cambio de hogar, ingreso, y/o seguridad. Me doy cuenta que la clinica del centro de salud comunitaria está utilizando dinero de impuestos federales para asistirme a recibir atención médica. Yo entiendo que dar información falsa con respecto a mis ingresos de hogar es considerado fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos.**

Firma de la persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Date SFS application was received: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_ GR# \_\_\_\_\_ Acct# \_\_\_\_\_

**¿Que es la Escala de Descuento?**

La escala de descuento es el costo descuentado que usted paga por su visita; el cual está basado en sus ingresos económicos y el numero de personas viviendo en su hogar. Por ejemplo, si sus ingresos son bajos, usted pagará menos que una persona de más altos ingresos.

**¿Cualquier persona puede aplicar para el programa de la Escala de Descuento?**

Sí, todos son invitados a aplicar para el programa de la escala de descuento.

**¿Puedo venir a UCHC si tengo seguro médico?**

Sí. Aceptamos un gran numero de seguros médicos incluyendo Medicaid & Medicare. Asegurese de traer su tarjeta de su seguro médico cuando venga a sus citas a UCHC.

**¿Puedo aplicar para la escala de descuento si tengo seguro médico con un deducible alto o servicios que no son cubiertos?**

Sí. Los pacientes con seguro médico pueden ser elegibles para servicios con descuento para servicios que su seguro no cubre o si tiene un deducible alto. Se basa en los ingresos y los familiares en el hogar.

**¿Qué es lo que necesito que traer a UCHC para aplicar para el programa de la escala de descuento?**

- \*Formulario actual de impuestos federales (1040- 1040EZ)
  - \* Estado de cuenta actual mostrando el depósito del Seguro Social, SSI- Seguridad de ingreso suplementario, FIP- Programa de inversión familiar, Manutención para niños, pagos de Pensión compensatoria, y beneficios de Veteranos
  - \* Talones de cheque mostrando un mes consecutivo de ingresos- ejemplo: Si le pagan por semana, necesitamos 4 talones de cheque recientes
  - \* Un estado del empleador que debe de incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono, y firma del empleador.
  - \* Forma del Guardian
- Nombres, fechas de nacimiento, y numeros de seguro sociales de cada persona en su hogar.

**¿Cuánto tiempo tengo para completar y regresar mi escala de descuento?**

Toda la documentación, incluyendo la aplicacion, necesita que estar recibida por UCHC dentro de dos semanas de su visita.